

Problèmes : Nom :

IMPRESSION DIAGNOSTIQUE :

Date:

DDN :

<input type="checkbox"/> Douleur région	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> Ambulation limitée	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère
<input type="checkbox"/> Œdème région	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> ↓ Endurance station assise	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> Limitation ROM	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> ↓ Endurance station debout	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> Limitation ROM	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> ↓ Endurance marche	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> Limitation Force	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> Radiculopathie <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	signe irritation <input type="checkbox"/> racine nerv. <input type="checkbox"/> durementrière
<input type="checkbox"/> Limitation Force	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> Myotome <input type="checkbox"/> -ve <input type="checkbox"/> +ve	détail : _____
<input type="checkbox"/> ↓ Hygiène postural	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> Dermatome <input type="checkbox"/> -ve <input type="checkbox"/> +ve	détail : _____
<input type="checkbox"/> Spasmes musculaires	<input type="checkbox"/> oui voir l'évaluation <input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> ↓ AVQ/IADL	<input type="checkbox"/> Ø <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère

Buts	Buts Court Terme	Buts Long Terme	Moyens dans plan d'intervention pour atteindre but
<input type="checkbox"/> ↓ dlr de	/10 à /10 d'ici	/10 à /10 d'ici	<input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> U/S <input type="checkbox"/> C.I.F. <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Thermothérapie <input type="checkbox"/> Cryothérapie <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Mulligan Concept <input type="checkbox"/> McKenzie Method
<input type="checkbox"/> ↑ ROM	De d'ici	De d'ici	<input type="checkbox"/> Hydrothérapie(<input type="checkbox"/> M.I <input type="checkbox"/> M.S) <input type="checkbox"/> Paraffine <input type="checkbox"/> Exci assouplis. région <input type="checkbox"/> Cx <input type="checkbox"/> M.S. <input type="checkbox"/> Bassin/Lx <input type="checkbox"/> M.I.s généralisés <input type="checkbox"/> Mulligan Concept <input type="checkbox"/> McKenzie Method
<input type="checkbox"/> ↑ ROM	De d'ici	De d'ici	<input type="checkbox"/> Hydrothérapie(<input type="checkbox"/> M.I <input type="checkbox"/> M.S) <input type="checkbox"/> Paraffine <input type="checkbox"/> Exci assouplis. région <input type="checkbox"/> Cx <input type="checkbox"/> M.S. <input type="checkbox"/> Bassin/Lx <input type="checkbox"/> M.I.s généralisés <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> ↓ œdème	de ____% d'ici	de ____% d'ici	<input type="checkbox"/> Hydrothérapie(<input type="checkbox"/> M.I <input type="checkbox"/> M.S) <input type="checkbox"/> Paraffine <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> ↑ Force	De d'ici	De d'ici	<input type="checkbox"/> Exercices renf. <input type="checkbox"/> Exci core abdo/Lx/tronc <input type="checkbox"/> Exci sur ballon suisse <input type="checkbox"/> +tion musculaire <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> ↑ Force	De d'ici	De d'ici	<input type="checkbox"/> Exercices renf. <input type="checkbox"/> Exci core abdo/Lx/tronc <input type="checkbox"/> Exci sur ballon suisse <input type="checkbox"/> +tion musculaire <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> ↑ ambul.			<input type="checkbox"/> Exci MEC <input type="checkbox"/> Exci rééducation à la marche <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> ↓ spasmes musculaires			<input type="checkbox"/> Inclure massage dans le traitement de physiothérapie <input type="checkbox"/> C.I.F. <input type="checkbox"/> Thermothérapie <input type="checkbox"/> Traction mécaniques <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Améliorer hygiène posturale			<input type="checkbox"/> Exci sur ballon suisse <input type="checkbox"/> Exci posturaux <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Améliorer end. <input type="checkbox"/> Assise <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> marche			<input type="checkbox"/> Exci sur ballon suisse en progressant temps <input type="checkbox"/> Exci core abdo/Lx/tronc <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Améliorer AVQ/ IADL			<input type="checkbox"/> Exci fonctionnels <input type="checkbox"/> Coordonner avec ergo

Recommandations faites au client:

☐ Education sur la condition
☐ importance du repos
☐ faire exci à domicile
☐ appliquer de la glace pendant ____min ____/jour.

Autre : _____

☐ Je soussigné(e) bien avoir reçu, d'une façon complète et objective, toutes les explications nécessaires à la compréhension et l'appréciation des services de physiothérapie que je vais recevoir. Je comprends la nécessité, la nature, les modalités et les risques des services de physiothérapie que je vais recevoir. Je comprends qu'à tout moment je peux tout au long des interventions en physiothérapie retirer mon consentement et faire cesser les traitements. Je comprends que la thérapie proposée peut aider ma condition. Je comprends aussi que des résultats positifs ne sont pas garantis dépendant de la nature de la condition.

☐ I have been explained, in a complete and objective manner, all necessary explanation in order to understand the physiotherapy services that will be given to me. I understand the necessity, the nature, modalities and risks of these services. I understand that at any time during the physiotherapy intervention I can ask to stop the therapy. I have been informed & understand that the proposed therapy can be beneficial to my condition. I also am aware that positive results are not guaranteed depending on the nature of the condition.

Expected Frequency of visits_____

Patient:_____

Thérapeute:_____